

# CMV

courrier  
du médecin  
vaudois

REVUE  
DE LA SOCIÉTÉ  
VAUDOISE  
DE MÉDECINE  
DÉCEMBRE 2019

## #7

### SPORT ET MALADIE

Témoignage  
d'une athlète  
transplantée

### MÉDECINS PRESCRIPTEURS

Mise en conformité

Communautaire  
et humanitaire

# La médecine du cœur



# VIVRADOM

## AIDE ET SOINS À DOMICILE

**Accompagnement et soins de qualité personnalisés  
pour votre maintien à domicile**

### **UNE ÉQUIPE À VOTRE SERVICE!**

Médecins-conseils  
Infirmiers spécialisés en santé mentale  
Infirmiers en soins généraux  
Infirmiers spécialisés en nutrition parentérale  
Aides soignants  
Ergothérapeutes

### **NOS PRÉSTATIONS**

Evaluation des besoins et conseils de santé  
Soins d'hygiène et de confort  
Soins infirmiers et en santé mentale  
Accompagnement thérapeutique  
(pris en charge par la LaMal)  
Accompagnement privé

**Interventions 24h / 24 et 7j / 7**  
**Région Grand Lausanne, ouest lausannois, Morges et environs**

**Téléphone d'urgence: 079 158 70 70**  
**Prestations remboursées par l'assurance de base**

**[WWW.VIVRADOM.CH](http://WWW.VIVRADOM.CH)**

Rue du Simplon 5 • 1020 Renens • E-mail: [info@vivradom.ch](mailto:info@vivradom.ch)

Un article  
vous a fait réagir?  
Faites-le nous savoir  
sur le blog de la SVM  
[svmed.ch/blog](http://svmed.ch/blog)

## sommaire

### 4 DOSSIER

- 5 Introduction
- 6 Grands consommateurs des services d'urgence
- 8 Interview au Point d'Eau Lausanne
- 10 Indignez-vous!
- 12 De l'Afrique à Echallens
- 13 Check-up humour
- 14 Témoignage d'un médecin humanitaire
- 16 Ce qu'en pense... Hines Mabika, chargé de cours à l'Institut d'histoire de la médecine de l'Université de Berne

### 17 INFO SVM

- 17 Directives anticipées
- 18 Rencontre avec une patiente transplantée
- 19 Avis aux médecins prescripteurs

### 20 RENDEZ-VOUS

Programme des JVD

### 21 HISTOIRE D'EN PARLER

### 22 PORTRAIT

Bientôt retraitée, la chirurgienne Dominique Gyger évoque son passé humanitaire.

## impresum

**Société Vaudoise de Médecine**  
Chemin de Mornex 38 - 1002 Lausanne  
Tél. 021 651 05 05 - Fax 021 651 05 00  
info@svmed.ch - www.svmed.ch

**Rédacteur en chef**  
Pierre-André Repond, secrétaire général de la SVM

**Secrétariat de rédaction**  
Aurélië Maeri Michielin, ftc communication  
Assistant: Fabien Wildi, ftc communication

**Collaboratrices externes**  
Adeline Vanoverbeke, Mélanie Blanc

**Comité de rédaction du CMV**  
Prof. Jacques Besson, Dr Louis-Alphonse Crespo,  
Dr Philippe Eggmann, Dr Henri-Kim de Heller,  
Dr Jean-Pierre Randin, Dr Patrick-Olivier Rosselet,  
Dr Patrick Ruchat, Dr François Saucy,  
Dr Adrien Tempia

**Conception et mise en page**  
Inédit Publications SA

**Régie des annonces**  
Inédit Publications SA  
Tél. 021 695 95 95  
www.inedit.ch

**Photographies**  
Couverture: ©iStock, Dr Xavier Raingeval,  
Dre Dominique Gyger, SAM CHUV, Laurent Kaczor,  
ARC/Jean-Bernard Sieber, onedoc.ch

# Au cœur de la médecine

**L**a volonté de faire du bien à ses semblables constitue un fondement essentiel de la vocation médicale. L'aura philanthropique du médecin dans la société a longtemps reflété cette vérité. L'évolution de nos systèmes de santé tend toutefois à altérer l'image iconique de la profession. Les contingences administratives qui pèsent de plus en plus sur la pratique médicale effritent la relation privilégiée médecin-patient et les rapports humains qui l'accompagnent. Le médecin est un peu trop souvent présenté aujourd'hui comme un générateur de coûts de santé publique plutôt que comme le combattant précieux contre la maladie et la souffrance qu'il a toujours été. La profession se voit ainsi privée d'une part de cette satisfaction inhérente à l'accomplissement d'une mission exigeante.



**Dr ALPHONSE  
CRESPO**  
MEMBRE DU COMITÉ  
DE RÉDACTION  
DU CMV

L'humanisme du médecin ne disparaît pas pour autant, mais doit s'exporter pour parvenir à s'épanouir pleinement. Des plateformes humanitaires à grande échelle telles que le CICR ou MSF ne sont pas les seules à permettre à l'altruisme médical de s'exprimer hors frontières. Le témoignage du Dr Xavier Raingeval illustre différentes voies par lesquelles un médecin motivé déploie sa fibre humaniste. Son engagement dans un pays prétérité d'Afrique ne se limite pas exclusivement aux soins médicaux: il incorpore une vision d'amélioration à long terme des conditions locales de vie par une plus grande proximité des soignants, par une contribution pratique à l'élimination des déchets, et même par la création d'une bibliothèque de brousse dans le but d'y promouvoir la lecture.

Même si la précarité y est moins évidente, la difficulté d'accès aux soins peut également toucher les pays couverts par la protection sociale. L'élan de la médecine communautaire dans nos cités ouvre de nouveaux portails d'entraide et d'accompagnement santé à la population. La spiritualité de médecins qui s'y investissent dévoile une autre facette de cet esprit philanthropique au cœur de la mission médicale qui mérite d'être mieux reconnu. ■

Retrouvez le **CMV**  
sur votre iPad





## HOME ASSISTANCE MÉDICAL & SERVICES

# Le maintien à domicile personnalisé

**Avec 40 collaborateurs qualifiés et une flotte de 22 véhicules, Home Assistance Médical & Services répond à sa mission de cœur: le maintien à domicile et une prise en charge personnalisée 24 h/24h et 7j/7. Certifiée OSAD (Organisation de soins à domicile agréée par le canton de Vaud), cette organisation dynamique propose un large panel de prestations pour la plupart prises en charge par les caisses-maladie (LAMal).**

Passionné par son métier, Yves Eckert, fondateur et directeur de Home Assistance Médical & Services, en est convaincu: «Le maintien à domicile favorise la santé et le bien-être. Les personnes âgées, en convalescence ou en situation de handicap sont beaucoup moins désorientées lorsqu'elles vivent chez elles. C'est pourquoi nous mettons tout en œuvre pour qu'elles puissent rester à la maison aussi longtemps que possible dans les meilleures conditions».

Pour Yves Eckert, cela passe tout d'abord par un lien de confiance qui va se tisser avec une petite équipe de trois ou quatre professionnels dédiés à un patient. Sous la responsabilité d'une infirmière référente, un bilan est établi selon l'évaluation aux normes européennes RAI-HC.

Au bénéfice de la convention collective de travail du secteur sanitaire parapublic vaudois, l'ensemble des collaborateurs du secteur médical de Home Assistance Médical & Services est diplômé et certifié Croix-Rouge.

### Flexibilité et service traiteur

Des soins de santé à l'accompagnement dans la vie quotidienne, Home Assistance Médical & Services mise



**Yves Eckert**, fondateur et directeur de **Home Assistance Médical & Services** en est convaincu: «Le maintien à domicile favorise la santé et le bien-être.»

sur la flexibilité et l'individualisation de la prise en charge. «Une notion essentielle pour le confort et la sécurité des patients», insiste Yves Eckert. Une souplesse que l'on retrouve aussi dans le service traiteur qui propose une carte de quatre menus par jour, à choix une semaine avant.

### Actif dans tout le bassin lémanique

#### Soins, aide et accompagnement à domicile

Les prestations de soins de Home Assistance Médical & Services sont reconnues et prises en charge par les caisses-maladie (LAMal).

- Soins infirmiers (évaluation, conseils, examens et traitements)
- Soins de base et d'hygiène
- Soins en santé mentale
- Ergothérapie
- Service traiteur
- Aide et accompagnement dans les activités de la vie quotidienne



Home Assistance Médical & Services  
Route Aloys-Fauquez 2 - 1018 Lausanne  
Tél. 021 601 70 00 - 0800 94 94 94 (numéro gratuit)  
[www.homeassistance.ch](http://www.homeassistance.ch)

## Introduction

# Il est **minuit moins cinq**, Docteur Schweitzer!

**La dernière livraison de ce numéro humanitaire-communautaire du CMV 2019 parviendra à ses lecteurs à point nommé pour la trêve de Noël. La thématique retenue tranche à bien des égards avec d'autres préoccupations plus terre à terre, mais bien réelles, auxquelles la médecine au quotidien se trouve confrontée en institution comme en cabinet, sujets souvent abordés dans notre revue.**



**PIERRE-ANDRÉ  
REPOND**  
SECRÉTAIRE  
GÉNÉRAL  
DE LA SVM

**U**n tel dossier fait du bien en mettant en lumière à juste titre une aspiration naturelle, voire un besoin profond de la médecine à l'altruisme, l'humanisme et même la spiritualité. Une médecine faite de convictions profondes qui cherche son accomplissement et parfois un refuge face au progrès technologique et à la robotique, mais aussi à son environnement bureaucratique, technocratique et consumériste. En ce sens, ce numéro offre un contrepoint assez saisissant. Il nous rassure sur les valeurs partagées qui sont au cœur de la profession, au-delà de la diversité des spécialités.

Cependant, cette édition nous interroge aussi sur l'autre médecine vers laquelle nous tendons inexorablement du fait des tendances lourdes de notre système de santé, une médecine dont les leviers de décision et le destin ne sont plus en mains médicales. Elle ouvre aussi sur une autre question: dans ce contexte, l'empathie et l'altruisme sont-ils une force ou une faiblesse? Comme le dit l'adage, on ne s'identifie pas impunément à son ennemi. Heureusement, le Prof. Besson est là pour nous rassurer en nous rappelant que l'empathie et la compassion marquent le couronnement de l'évolution et que l'altruisme donne un avantage évolutionnaire, à l'opposé des dinosaures qui, eux, ont disparu.

Joyeux Noël! ■



Grands consommateurs des services d'urgence

# Le case management de transition

Depuis plusieurs décennies, les services d'urgence des centres hospitaliers et de soins des pays industrialisés doivent faire face aux défis que constituent certains patients qui ont comme point commun une utilisation importante de leurs services de soins d'urgence. L'appellation «emergency department frequent users» est utilisée dans la littérature médicale anglophone pour désigner ces patients «grands consommateurs des services d'urgence» (GCSU)<sup>1</sup>.

Les GCSU ne représentent qu'une minorité de l'ensemble des patients des services d'urgence, mais ils sont responsables d'un nombre disproportionné de consultations qui y sont réalisées<sup>1</sup>. Certains auteurs ont estimé que les GCSU ayant consulté à cinq reprises au moins les services d'urgence au cours des douze mois précédant l'étude représentent une proportion de 4,5 à 8% de tous les patients, et de 21 à 28% de l'ensemble des consultations<sup>2</sup>, avec des proportions comparables retrouvées au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)<sup>3</sup>.

## PROFIL DES GRANDS CONSOMMATEURS DES SERVICES D'URGENCE

Bien qu'hétérogène, la population des GCSU présente souvent un cumul de vulnérabilités médico-sociales<sup>4,5</sup>. Par rapport aux autres patients des services d'urgence, les GCSU présentent des taux plus élevés de morbidité et de mortalité<sup>4,6-8</sup>, sont plus à risque de consommer des drogues et de l'alcool<sup>9-12</sup>, présentent plus souvent des pathologies psychiatriques<sup>4,9,12</sup>, sont davantage susceptibles de consulter pour des complications ou exacerbations de leurs pathologies chroniques<sup>13,14</sup>, et sont plus souvent sans domicile fixe, sans assurance maladie et en provenance de milieux socioéconomiques défavorisés<sup>15,16</sup>.

De manière générale, les GCSU contribuent à l'engorgement des services d'urgence ainsi qu'à l'augmentation des délais d'attente dans ces lieux de soins, en raison de consultations souvent considérées comme étant inappropriées<sup>17</sup>. En réponse aux besoins médico-sociaux souvent complexes de la population des GCSU, plusieurs institutions à travers le monde<sup>4,11,15</sup>

« Un programme de case management dédié à la prise en charge des GCSU a été développé au CHUV et à Unisanté depuis 2009. »

ont développé des interventions spécifiques dédiées à la prise en charge de ce public. L'objectif est de rediriger leurs demandes de consultations hors des urgences, vers des centres de soins plus à même de traiter leurs problèmes de santé dans le moyen ou long terme, et de répondre à leurs problématiques sociales<sup>17</sup>.

## LE CASE MANAGEMENT: UNE APPROCHE PROMETTEUSE

Un intérêt particulier a été porté à une approche pluridisciplinaire: la mise en place d'équipes de case management (CM) au sein desquelles le case manager a généralement pour rôle de coordonner et d'organiser les soins que les GCSU nécessitent, tout en intégrant les différentes dimensions sociale, familiale, culturelle et/ou environnementale dans ces situations<sup>17</sup>. Le périmètre d'intervention du case manager ne se limite pas aux murs des institutions hospitalières, mais s'étend volontiers vers les structures communautaires, dont font partie les cabinets des médecins de premier recours.

Inspiré de programmes d'intervention internationaux préexistants, un programme de CM dédié à la



Dr. FRANCIS VU  
ET PATRICK  
BODENMANN  
UNISANTÉ



prise en charge des GCSU a été développé au CHUV et à Unisanté depuis 2009. L'évaluation de ce programme par le biais d'un essai contrôlé randomisé est prometteuse. Ainsi, sur une période de douze mois, on a rapporté une réduction de 19% du taux de fréquentation des urgences des 125 GCSU suivis par l'équipe de CM en soutien et en complément des équipes de soins des urgences, comparativement aux 125 GCSU qui ont bénéficié uniquement de la prise en charge usuelle par les urgentistes<sup>18</sup>. De plus, des bénéfices en termes d'amélioration de la qualité de vie ont été observés dans le groupe CM<sup>19</sup>, avec des coûts financiers pour les soins similaires dans les deux groupes<sup>20</sup>.

Bien que n'étant certainement pas la panacée à tous les maux, les interventions de type CM constituent une approche pertinente et prometteuse pour aider les patients GCSU à « naviguer » dans un paysage d'intervenants socio-sanitaires qui se complexifie, en particulier dans notre contexte de pays industrialisés. Par ailleurs, de par le cumul de multiples vulnérabilités médico-sociales, le rôle de case manager prend tout son sens dans le but de faciliter les interfaces et les interactions entre les différents intervenants « coresponsables » avec le patient GCSU de sa prise en charge. Les expériences positives et encourageantes obtenues à ce jour aux urgences du CHUV et à Unisanté avec l'équipe de CM ont permis d'envisager d'étendre dans un avenir proche ce type d'intervention dans plusieurs autres établissements hospitaliers en Suisse romande, projet financé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (Projet national de recherche [PNR] 74 – Projet I-CaM). ■

#### Bibliographie:

- Althaus F., Paroz S., Hugli O. et al. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Ann Emerg Med* 2011;58(1):41-52 e42. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.03.007
- LaCalle E. & Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med* 2010;56(1):42-8. doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.01.032
- Bieler G., Paroz S., Faouzi M. et al. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Acad Emerg Med* 2012;19(1):63-8. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01246.x
- Hansagi H., Olsson M., Sjöberg S. et al. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001; 37(6):561-7. doi: 10.1067/mem.2001.111762
- Hunt K.A., Weber E.J., Showstack J.A. et al. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med* 2006; 48(1):1-8. doi: 10.1016/j.annemergmed.2005.12.030
- Dent A.W., Phillips G.A., Chenhall A.J. et al. The heaviest repeat users of an inner city emergency department are not general practice patients. *Emerg Med (Fremantle)* 2003; 15(4):322-9.
- Fuda K.K. & Immekus R. Frequent users of Massachusetts emergency departments: a statewide analysis. *Ann Emerg Med* 2006; 48(1):9-16. doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.03.001
- Huang J.A., Tsai W.C., Chen Y.C. et al. Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *J Formos Med Assoc* 2003;102(4):222-8.
- Fuda K.K. & Immekus R. Frequent users of Massachusetts emergency departments: a statewide analysis. *Ann Emerg Med* 2006; 48(1):9-16. doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.03.001
- Huang J.A., Tsai W.C., Chen Y.C. et al. Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *J Formos Med Assoc* 2003;102(4):222-8.
- Skinner J., Carter L. & Haxton C. Case management of patients who frequently present to a Scottish emergency department. *Emerg Med J* 2009;26(2):103-5. doi: 10.1136/emj.2008.063081
- Vu F., Daepfen J.B., Hugli O. et al. Screening of mental health and substance users in frequent users of a general Swiss emergency department. *BMC Emerg Med* 2015;15:27. doi: 10.1186/s12873-015-0053-2
- Malone R.E. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. *Soc Sci Med* 1995;40(4):469-77.
- Lucas R.H. & Sanford S.M. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med* 1998; 32(5):563-8.
- Okin R.L., Boccellari A., Azocar F. et al. The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *Am J Emerg Med* 2000;18(5):603-8. doi: 10.1053/ajem.2000.9292
- Ullman R., Block J.A. & Stratmann W.C. An emergency room's patients: their characteristics and utilization of hospital services. *Med Care* 1975;13(12):1011-20.
- Bodenmann P., Velonaki V.S., Ruggeri O. et al. Case management for frequent users of the emergency department: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2014;14:264. doi: 10.1186/1472-6963-14-264
- Bodenmann P., Velonaki V.S., Griffin J.L. et al. Case Management may Reduce Emergency Department Frequent use in a Universal Health Coverage System: a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med* 2017; 32(5):508-15. doi: 10.1007/s11606-016-3789-9
- Iglesias K., Baggio S., Moschetti K. et al. Using case management in a universal health coverage system to improve quality of life of frequent Emergency Department users: a randomized controlled trial. *Quality of Life Research* 2018; 27:503-513
- Moschetti K., Iglesias K., Baggio S. et al. Health care costs of case management for frequent users of the emergency department: Hospital and insurance perspectives. *PLOS ONE* 2018. doi:10.1371/journal.pone.0199691

Interview au Point d'Eau Lausanne

# Une source de réconfort pour les plus démunis

**Centre d'accueil, de soins et de soutien aux personnes dans la précarité, le Point d'Eau Lausanne dispense chaque année des milliers de prestations d'hygiène, ainsi que des soins médicaux, paramédicaux et dentaires. Rencontre avec un fidèle médecin bénévole de l'association, le Dr Pierre Kohler.**

**Qu'est-ce que la Fondation Point d'Eau Lausanne et quels types de soins y sont prodigués?**

**Dr Pierre Kohler (PK):** Le Point d'Eau est une institution pour personnes précarisées de toutes origines. Forte de 155 bénévoles, la fondation offre, entre autres, des soins d'hygiène (douche, coiffure, lessive), mais aussi une orientation vers des structures sociales susceptibles de répondre aux besoins de chaque bénéficiaire. Des soins médicaux (infirmières, médecins généralistes et spécialistes), paramédicaux (ostéopathie, podologie, massages thérapeutiques) et dentaires (hygiénistes, dentistes) complètent ce riche éventail de prestations.

Tout est parti d'un dispensaire de la Croix-Rouge qui a été remodelé et complété par des fonds privés. La structure actuelle est le fruit des efforts de Christine et François Landolt en 1999, soutenus par diverses institutions. Le financement du Point d'Eau est assuré par une subvention de l'Etat de Vaud (environ 75% du budget), ainsi que par la contribution des usagers et patients (une participation financière symbolique est demandée, 5 francs par consultation par

exemple), les dons privés et les cotisations des membres réunis sous l'égide de l'Association de soutien au Point d'Eau Lausanne (ASPEL).

**Quand et pourquoi avez-vous décidé de rejoindre le Point d'Eau?**

**PK:** Je suis actif dans la fondation depuis vingt ans, soit quasiment depuis le début de l'aventure. J'ai en effet une vision quelque peu sacerdotale de la médecine. J'ai opté pour la médecine générale plutôt que pour une spécialité, car je voulais être en mesure de m'occuper d'à peu près tout. Déjà à l'époque, on s'est vite rendu compte qu'avec notre système de santé, certaines personnes rencontraient d'importants obstacles financiers. En même temps, j'estimais qu'il manquait à ma pratique une dimension plus accessible, généreuse et altruiste. Le Point d'Eau m'a ainsi permis de répondre à ce manque en proposant un espace dans lequel les gens économiquement faibles peuvent se faire soigner presque gratuitement.

**En quoi consiste votre rôle au sein de la fondation?**

**PK:** Je suis présent environ deux ou trois heures par mois pour des consultations de médecine générale. Toutefois, un premier tri est d'abord réalisé par notre équipe d'infirmières rompues à la pratique avancée, qui effectuent la consultation de premier recours. Elles établissent la relation avec les demandeurs et prennent en charge les problèmes qu'elles sont à même de résoudre. Le réseau de médecins généralistes et spécialistes bénévoles, dont je fais

partie, intervient dans un second temps pour traiter les situations plus complexes, pour lesquelles il y a une prescription à établir. En ce qui me concerne, j'ai aussi la responsabilité médicale de l'établissement.

**Quel est le profil des bénéficiaires de la fondation?**

**PK:** Nous avons pour politique d'accepter toute personne dans le besoin. La sélection se fait donc d'elle-même en fonction de la conjoncture et des flux migratoires. Au départ, nous avions une densité importante de bénéficiaires provenant d'Amérique du Sud. Aujourd'hui, nous accueillons en plus de nombreux ressortissants d'Afrique centrale et du Nord, mais aussi d'Europe de l'Est et d'Asie. Cela nécessite parfois de nous adjoindre les services d'un traducteur. Cela dit, les Suisses sont eux aussi de plus en plus nombreux, ce qui peut être un indicateur du fait que l'accès aux soins se restreint d'année en année pour une part croissante de la population helvétique.

Nous soutenons également divers jeunes en phase de rupture ou trop limités financièrement pour pouvoir assumer pleinement leur franchise, mais aussi des SDF, des gens du voyage et des personnes âgées, pour ne citer qu'eux.

**Quelle relation entretenez-vous avec ces personnes? Y a-t-il un suivi régulier?**

**PK:** La fréquence des visites est extrêmement variable. Certains ont des dossiers bien fournis et sont des





## SOIRÉE DE SOUTIEN POUR LES 20 ANS DU POINT D'EAU

**Mercredi 18 décembre – Salle Métropole**

**18h30:** Concert de l'Orchestre de Chambre de Lausanne

*Concerto pour violon n°2 de Prokofiev et 7<sup>e</sup> Symphonie de Beethoven*

**20h30:** Dîner de gala au Lausanne Palace

**Renseignements et inscriptions sur [web.pointdeau-lausanne.ch](http://web.pointdeau-lausanne.ch)**

patients réguliers pour des problèmes chroniques, de diabète ou d'hypertension. D'autres n'ont besoin que de soins ponctuels et nous ne les revoyons plus du tout ensuite, ou alors seulement quelques années plus tard. Cela nous pose parfois problème à nous médecins: certaines personnes devraient avoir un suivi régulier, mais il n'a pas lieu faute de ressources ou en raison du départ de ces patients. Il faut garder en tête que tant le centre que ses visiteurs ont des moyens limités. Nous devons donc aller à l'essentiel, en exerçant une médecine de qualité, mais aussi économique que possible. Je constate par ailleurs que suivant leurs origines et leur éducation, certains patients ont une représentation bien à eux de la maladie et du corps humain. Le dialogue avec ces personnes est donc précieux pour mieux comprendre la perception qu'elles ont de leurs problèmes et leur fournir l'orientation nécessaire pour les traiter au mieux. Ce

n'est qu'ainsi qu'on parvient à éviter les malentendus et à établir une relation de confiance.

### **Êtes-vous en contact avec d'autres acteurs vaudois de la santé?**

**PK:** Le centre de soins est alimenté en médicaments par tout un réseau. Des échantillons médicaux sont notamment distribués par des maisons pharmaceutiques. Une récupération se fait aussi directement dans les officines, et des pharmaciennes s'occupent du tri et du stockage des médicaments au sein même du centre. L'association Pharmaciens Sans Frontières nous soutient également.

De notre côté, nous pouvons assurer une médecine de base avec les moyens qui sont les nôtres, ce qui dispense la Policlinique médicale universitaire (Unisanté) de devoir prendre en charge une partie de cette patientèle en premier recours. Toutefois, nous collaborons étroitement avec cette institution; c'est en quelque sorte notre garante par

l'intermédiaire du service de la médecine des populations vulnérables (Prof. Patrick Bodenmann). Lorsque des diagnostics approfondis sont nécessaires, la fondation peut faire appel à son réseau de spécialistes qui accueillent les patients du Point d'Eau dans leur cabinet. Des instituts radiologiques acceptent parfois de nous offrir des images. D'autres professionnels de la santé (pharmaciens, psychologues, etc.) se tiennent également à disposition. Nous sommes aussi en relation avec d'autres institutions cantonales (Hôpital ophthalmique, Hôpital de l'enfance, Fondation Profa, etc.)

### **Cette année, le Point d'Eau fête son 20<sup>e</sup> anniversaire. Quel bilan tirez-vous de ces deux décennies et quelles perspectives d'avenir se dessinent selon vous?**

**PK:** Le réseau s'est solidement étoffé et le Point d'Eau est parvenu à se faire connaître de plus en plus largement dans la région. Depuis 2012, pas moins de 30 000 prestations sont proposées chaque année dans notre espace de 250 m<sup>2</sup>. L'évolution est remarquable, si bien que nous nous retrouvons aujourd'hui victimes de notre succès. Nous nous voyons contraints de limiter les consultations et même de renoncer parfois à des thérapeutes bénévoles, faute de locaux suffisamment spacieux et adaptés. De nouveaux locaux sont donc plus que jamais nécessaires pour répondre à la demande croissante. Nous devons néanmoins veiller à préserver la dimension humaine, qui fait partie de notre ADN. Par ailleurs, il ne serait pas inintéressant de développer des structures similaires dans d'autres localités où l'offre est encore très limitée, voire inexistante. ■

Indignez-vous!

# La double peine des personnes souffrant de problèmes de santé mentale

**En Suisse, une maladie mentale touche environ 80 000 personnes. Elle débute principalement entre 18 et 25 ans et est potentiellement gravement invalidante. Les technologies d'intervention basées sur des preuves sont au point et ont été implantées largement dans des pays comme l'Angleterre, les Pays-Bas ou l'Australie. La Suisse a été pionnière dans le développement de ces technologies dès les années 1970, mais ne les propose aujourd'hui qu'à 10% des personnes touchées, et ne les rembourse pas adéquatement dans l'assurance de base.**



**C**e qui serait impensable et révoltant pour le cancer ou les maladies cardiovasculaires est malheureusement banal pour les problèmes de santé mentale comme la schizophrénie. Les technologies d'intervention de psychiatrie communautaire sont parfaitement au point, validées internationalement par de nombreuses études scientifiques. Comme pour l'infarctus, il est possible de réduire l'impact fonctionnel par une intervention précoce. Comme pour les prothèses de genou, il est possible d'augmenter le retour à l'emploi dans la première économie. Comme pour les attaques cérébrales, il est possible d'accéder à des soins malgré l'incapacité de communiquer adéquatement.

## GÉNIE (OU INGÉNIERIE) D'INTERVENTIONS EN PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE

Il ne suffit pas de connaître le fer pour développer le moteur à

explosion: il faut du génie (ce terme est plus beau que l'anglicisme ingénierie) pour intégrer des connaissances de thermodynamique et de savoir-faire mécanique. Le canton de Vaud est pionnier en Suisse pour l'implantation de technologies de psychiatrie communautaire. Les interventions de psychiatrie communautaire représentent une forme de technologie comme «application de la science aux arts utiles». Ces méthodes sont suffisamment précises pour qu'on puisse en démontrer l'efficacité et en examiner la fidélité par rapport à un modèle. Ce sont par exemple:

- Les interventions précoces dans les psychoses débutantes. Comme pour l'infarctus, il est absurde de laisser un déficit fonctionnel s'installer rapidement dans les deux ans qui suivent le début des troubles, pour tenter seulement ensuite une réhabilitation coûteuse et inefficace. Or, sans intervention spécialisée, la durée de psychose non traitée après un premier épisode avoisine les deux ans.
- Le suivi intensif dans le milieu pour les personnes difficiles à engager dans les soins et les hauts utilisateurs d'hospitalisation psychiatrique. Les études montrent que certains patients ne parviennent pas à bénéficier des soins psychiatriques standards et s'enferment dans une

spirale qui les conduit à refuser les soins, à répéter des épisodes traumatiques, à se marginaliser, voire à aboutir au suicide. Des équipes mobiles pluridisciplinaires permettent de briser ce cercle vicieux pour amener au rétablissement et à une meilleure utilisation des soins urgents.

- Le soutien individuel à l'emploi (IPS) pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. On estime que 70% des personnes souffrant de schizophrénie souhaitent reprendre une activité professionnelle dans le premier marché du travail. L'IPS triple l'accès à l'emploi en mettant en synergie l'intégration directe en emploi avec le rétablissement clinique.
- Le «chez soi d'abord» ou *housing first* pour les personnes dans la précarité souffrant de problèmes de santé mentale ou d'addiction grave. Comme le soutien à l'emploi, le «chez soi d'abord» utilise l'accès direct au logement comme moteur du rétablissement avec le soutien d'un case manager clinique.
- L'intégration de pairs praticiens dans les équipes soignantes. Les pairs praticiens sont des personnes qui ont vécu l'expérience de troubles de santé mentale et qui ont été formées pour intervenir dans les soins. Les pairs sont capables d'augmenter l'efficacité des traitements en favorisant l'alliance thérapeutique et en diminuant la stigmatisation.



**Prof. CHARLES BONSAK**  
MÉDECIN-CHEF  
AU CHUV,  
DÉPARTEMENT  
DE PSYCHIATRIE,  
SERVICE DE  
PSYCHIATRIE  
COMMUNAUTAIRE

### POUR UNE INGÉNIERIE QUI NE SOIT PAS RÉDUITE À LA TECHNIQUE

Cette ingénierie est humaine, et n'a pas la magie réparatrice d'un stent ou d'une immunothérapie ciblée. Comme pour le travail quotidien des médecins de premier recours, ce sont des interventions

“ Il est temps d'envisager un programme national ambitieux. Même pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. ”

complexes, pluridisciplinaires et qui nécessitent la construction d'une alliance avec le patient et la concordance avec des buts sociaux. Eliminer la maladie n'est alors plus qu'un objectif intermédiaire: au final, c'est vivre une vie accomplie dans la société.

Malgré une volonté locale importante, les besoins des patients ne peuvent être couverts qu'en partie sans financement adéquat ni programme national. Dans le canton de Vaud, les ressources de psychiatrie communautaire sont principalement développées dans la région urbaine de Lausanne. Nous avons ainsi pu expérimenter les concepts et faire la preuve que les modèles internationaux peuvent s'adapter de manière efficace dans nos régions. Ces développements sont exceptionnels en Suisse, mais restent encore loin de couvrir l'ensemble des besoins, loin des standards internationaux, et plus loin encore des prestations que l'on attendrait légitimement pour d'autres problèmes de santé.

### LA NÉCESSITÉ D'UN PROGRAMME NATIONAL AMBITIEUX

La Belgique accusait un retard important sur le virage ambulatoire de la psychiatrie. Au début des années 2010, elle s'est inspirée

de modèles de psychiatrie mobile de trois villes européennes pour développer un programme national: Birmingham, Maastricht et... Lausanne. Des centaines d'équipes mobiles existent aujourd'hui dans toute la Belgique. Dans ce domaine, la Suisse continue à expérimenter une dizaine de programmes pilotes, mais n'est pas encore passée à une phase d'implantation nationale pourtant nécessaire.

Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont malades, mais aussi stigmatisées: nous n'attribuons pas socialement la même valeur à la santé mentale qu'à d'autres problèmes de santé auxquels il est plus facile de s'associer. Pour eux, il ne faut pas que la médecine se trompe de cible. A juste titre, nous sommes prêts à investir beaucoup dans l'innovation technique et la promesse d'immortalité. Mais cela ne doit pas nous aveugler face à ce qui devrait être intolérable dans un pays aussi riche que le nôtre: ne pas permettre dès aujourd'hui l'accès équitable à des soins dont l'efficacité a été démontrée. Il est temps d'envisager un programme national ambitieux. Même pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. ■

De l'Afrique à Echallens

## Tout quitter pour pratiquer à l'étranger

**Depuis mon choix d'étudier la médecine, le désir de devenir médecin missionnaire habitait mes pensées, un peu à l'image d'Albert Schweitzer, mais sans ses dons musicaux!**

**Je cherchais à allier mes convictions chrétiennes, mon désir de venir en aide aux plus démunis et mon savoir médical.**

**Il me semblait que l'Afrique serait le bon endroit pour vivre ces trois dimensions.**

**F**ort de ces convictions, je suis parti deux mois comme étudiant de 4<sup>e</sup> année en Afrique du Sud et au Lesotho en 1978. Mais ce fut le choc: je n'étais pas préparé à vivre le contraste entre ce que j'avais vu en Suisse au niveau technique et la pauvreté des moyens dont nous disposions en Afrique: une radiologie qui ne fonctionnait que de temps en temps, un labo très rudimentaire... Le choc culturel fut tellement grand qu'à mon retour je me suis dit: «L'Afrique, plus jamais...» Quelques années ont passé et j'ai pu digérer mes frustrations et relativiser certaines de mes impressions. J'ai rencontré mon épouse, également médecin, et qui avait aussi à cœur de partager un projet similaire pour les plus démunis.

### QUAND PARTIR? ET AVEC QUELLE FORMATION?

Cette double question me paraît fondamentale avant d'envisager un départ pour une telle aventure. Il est impossible d'être totalement prêt pour un tel départ, et un jour il faut se dire: «J'y vais, je pars...» Nous avons décidé de partir après trois ans et demi de formation postgraduée en médecine générale, sans thèse et sans FMH. Le pari était risqué, mais nous avons l'impression que prolonger notre temps en Suisse risquait de compromettre notre départ. Nous avons complété notre formation en suivant une année d'école biblique transculturelle en Angleterre pour apprendre à partager l'Évangile dans un contexte culturel autre, en respectant les gens et leurs traditions.

Nous avons suivi une formation en médecine tropicale à Liverpool (DTMH), puis nous sommes partis, envoyés du Département missionnaire des églises protestantes, au Cameroun pendant six ans (de 1986 à 1992) avec notre fille d'une année et demie. Nos deux garçons sont nés sur place (j'avais préparé le bistouri pour faire la césarienne si nécessaire). En un jour, je

suis devenu responsable d'un service de chirurgie et de maternité, alors que je n'avais fait qu'un stage de quatre semaines comme étudiant. Ma femme a pris la responsabilité de la médecine interne et de la pédiatrie dans un hôpital de brousse de 400 lits.

L'Afrique, si l'on accepte d'être humble, est un terrain d'apprentissage extraordinaire. A titre d'exemple, j'ai appris l'obstétrique avec les infirmiers et, après quelque temps, ils venaient me chercher pour les manœuvres obstétricales complexes et pour les césariennes. L'Afrique est aussi un endroit magnifique pour former des gens. J'ai eu le loisir de former des infirmiers pour opérer les hernies inguinales et les césariennes. J'ai profité aussi de me former en échographie lors d'un congé et j'ai pu ramener un petit écho portable qui m'a permis de résoudre beaucoup de problèmes obstétricaux et abdominaux, et de ponctionner les kystes amibiens. J'ai ensuite formé un infirmier à cette technique. Au-delà de ces belles rencontres et de cette aventure si riche, la question du retour se pose inévitablement.

### RENTRE UN JOUR EN SUISSE? ET SI OUI, QUAND?

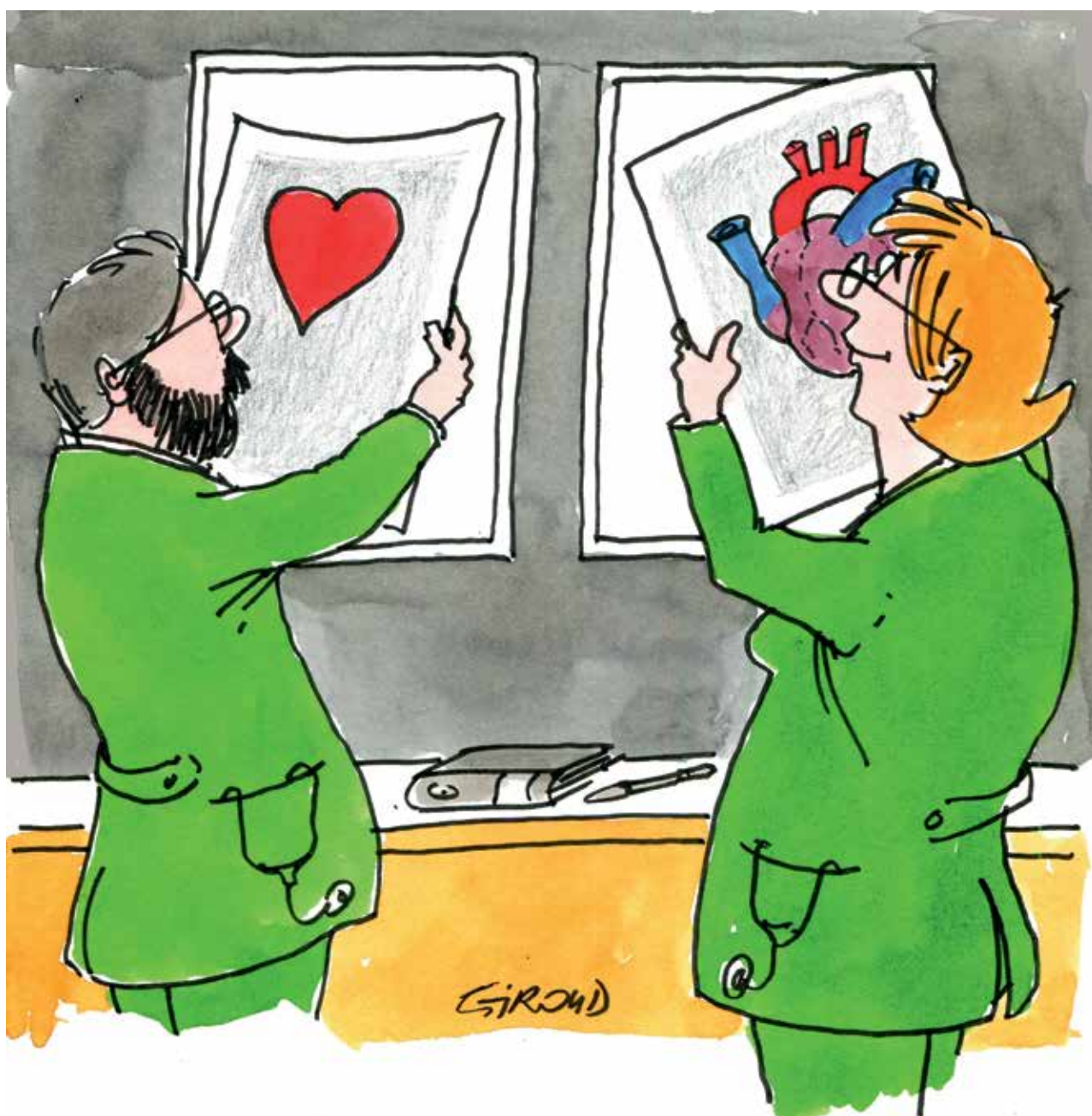
Les enfants grandissent (quelle éducation pouvons-nous leur offrir en pleine brousse?), les conditions de travail se péjorent, les ruptures de stock de matériel deviennent plus fréquentes, l'africanisation des postes de direction amplifie les rivalités tribales... Tous ces éléments nous mettent devant un choix difficile: rester en Afrique et y *faire carrière* ou tenter un retour en Suisse après six ans d'absence et chercher à y terminer nos formations.

Nous avons opté pour un retour en Suisse et j'ai fait dix-huit mois de policlinique psychiatrique. Ce fut un excellent moyen de découvrir les changements de notre société occidentale et quelques-uns de ses problèmes. Ce fut aussi l'occasion de faire une thèse sur les troubles fonctionnels au Cameroun. Après un passage à la policlinique médicale, se posait la question du lieu de l'installation. Les événements politiques ont fait qu'un médecin d'Echallens fut nommé au Conseil d'Etat. Il devait libérer son cabinet et cherchait un médecin prêt à reprendre son activité au pied levé. Cela fait vingt-cinq ans que je suis installé avec bonheur à Echallens. La vie est faite d'étapes qui contiennent toutes leurs richesses... ■



**Dr BLAISE VIONNET**  
MÉDECIN  
GÉNÉRALISTE  
ET SPÉCIALISTE  
EN MÉDECINE  
TROPICALE

# Check-up **humour**



Témoignage d'un médecin humanitaire

# A la recherche d'une vocation et de **son évolution...**

**La médecine libérale m'a apporté un épanouissement et une grande liberté d'exercice depuis ma première installation en anesthésie il y a vingt ans. Pendant cette période, je n'ai cessé d'apprendre et de m'enrichir au croisement de personnes fantastiques. L'une de mes rencontres, avec le Dr Philippe V., m'a donné l'occasion de réactiver la fibre philanthropique qui est inévitablement en filigrane du choix de notre vocation.**



sible et qui, depuis de longs mois, présélectionnaient les enfants candidats, accumulaient les examens et surmontaient toutes les difficultés inhérentes au pays, avec le sourire.

## FORMATION À L'AUTONOMIE...

L'examen multidisciplinaire de l'enfant était le support initial d'échanges et de formations pour ceux qui nous accueillait, mais également pour nos fellows. Les enfants retenus (environ 40) constituaient le programme opératoire des trois jours suivants. Les opérations s'effectuaient en binôme avec les chirurgiens et anesthésistes du pays. Nous repartions tard le lundi soir pour voyager de nuit et reprendre le cours de notre activité à la clinique le mardi matin. Les longues attentes en transit étaient l'occasion de rédiger nos comptes rendus et nos dernières consignes pour le suivi des enfants. La répétition de ces missions tous les six mois montrait l'évolution de ces équipes et permettait de revoir les cas les plus complexes.

L'esprit de ces missions ne se concevait qu'avec cette envie de former à l'autonomie, chacun ayant auparavant expérimenté des missions ponctuelles sans suite, apportant souvent un sentiment de frustration et d'inachevé. Cet échange de savoir et le don de son temps sont à mon sens la réponse de médecine humanitaire la plus en adéquation avec le serment d'Hippocrate.

**P**endant plusieurs années, je suis parti en Amérique du Sud, au Moyen-Orient et en Afrique. Des missions très courtes, n'excédant pas cinq jours, avec une équipe de chirurgiens orthopédiques de plusieurs nationalités et de fellows en formation. Le synopsis était toujours à peu près le même.

## DES RENCONTRES INTENSES

Le jeudi soir, après notre journée à la clinique, nous partions vers Recife, Kaboul, Amman, Téhéran... Le vendredi matin, nos correspondants praticiens et amis nous accueillait et débutait

alors une très longue journée de consultations d'enfants atteints de malformations congénitales ou de séquelles de traumatismes. L'intensité émotionnelle était présente durant ces rencontres, où une centaine d'enfants indigents et leurs parents, après des centaines de kilomètres, attendaient avec angoisse le diagnostic du médecin venu de l'étranger qui leur donnait de son temps. Des sourires, des cadeaux, des interprètes, des dialectes, des pleurs d'enfants épuisés, des salles d'attente surchargées, des colères lorsqu'il n'y avait rien à faire. Et, toujours, ces équipes bénévoles sans lesquelles rien n'était pos-



**Dr XAVIER RAINGEVAL**  
MÉDECIN  
ANESTHÉSISTE  
EN FRANCE

## CRÉATION D'UNE ASSOCIATION SOLIDAIRE

Pendant ces années, au sein de mon activité libérale, j'ai cherché à développer l'accueil et la formation, sur mon propre lieu d'exercice, de médecins français et étrangers, pour ne pas limiter ce partage aux seuls moments de missions. Nous avons accueilli des anesthésistes colombiens, brésiliens, burkinabés et même venus de Nouvelle-Zélande. Cette évolution de pratique s'est faite par la structuration de stages, la rédaction de supports pédagogiques, toujours bénévolement. Ces différentes rencontres n'auraient pu être menées sans l'existence d'antennes locales relais, impliquées et concernées par

les contraintes des pays d'accueil. Fort de cet enseignement, j'ai récemment créé une association solidaire en Afrique de l'Ouest (association Evoluicap, Sénégal) dans les domaines de la santé, de l'écologie et de l'éducation. Je me suis contraint à écouter et choisir des projets, non pas selon ma vision personnelle de l'aide que je pouvais apporter, mais en m'appuyant sur des Groupements d'intérêt économique (GIE) locaux existants, avec leurs propres projets et priorités, souvent différents des miennes. Mon apport se limitant à une caution, à un effet catalyseur des forces déjà existantes. L'association s'appuie sur le modèle de microcrédits, met à disposition du matériel et le

“ L'esprit de ces missions ne se concevait qu'avec cette envie de former à l'autonomie. ”

retire en cas de non-entretien. L'association a amélioré la collecte des ordures ménagères, a bâti le logement d'un dispensaire de santé, a construit une bibliothèque de brousse et a recherché des fonds pour une école d'apiculture destinée à apporter subsides et formation aux femmes avec des revenus saisonniers. Voilà en quelques mots l'évolution d'une vocation première et son adaptation quotidienne à ma pratique de la médecine privée. ■

Afin de compléter l'activité du Centre Médical Montchoisi, nous recherchons des médecins désireux de s'installer dans une structure pluridisciplinaire intégrée à la Clinique de Montchoisi.

## SPÉCIALISTES FMH EN MÉDECINE INTERNE ET GÉNÉRALE, EN DERMATOLOGIE ET EN RHUMATOLOGIE

Fondée en 1932 et située au cœur de Lausanne, la Clinique de Montchoisi fait partie des cliniques privées les plus réputées de la région lémanique et a été intégrée en 2003 à Swiss Medical Network, réseau regroupant un total de 17 cliniques. Entièrement rénovée, près de 130 médecins agréés et 90 collaborateurs y offrent aux patients un suivi médical de tout premier ordre et une prise en charge personnalisée dans un environnement agréable.

Parmi ses principales spécialités médicales figurent l'ophtalmologie, l'orthopédie, l'ORL, la neurologie et la neurochirurgie, la médecine interne, la gynécologie ainsi que la chirurgie esthétique. La clinique dispose également d'un centre dédié à la radiologie diagnostique et interventionnelle, équipé d'installations de dernière génération.

### Nous vous proposons :

- Des cabinets médicaux attractifs dans un cadre de travail exceptionnel
- Un réseau de spécialistes dans de nombreuses disciplines chirurgicales et médicales
- Un accès direct à notre centre d'imagerie médicale
- Un accès à un plateau technique de premier ordre
- Une patientèle locale qui est source de nombreuses possibilités de développement
- Une offre administrative de secrétariat médical et/ou de facturation adaptée à vos besoins
- Un soutien pour votre installation

Merci d'adresser vos dossiers à Mme Flavia Botticini, directrice adjointe, [direction@montchoisi.ch](mailto:direction@montchoisi.ch).



SWISS MEDICAL NETWORK MEMBER

Centre Médical Montchoisi - Ch. des Allinges 16bis - 1006 Lausanne - + 41 21 619 39 60 - [www.centre-medical-montchoisi.ch](http://www.centre-medical-montchoisi.ch)



# Ce qu'en pense...

**HINES MABIKA**  
CHARGÉ DE COURS À L'INSTITUT D'HISTOIRE  
DE LA MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE BERNE

## La tradition humanitaire suisse

**A 16 ans, Walter Munz découvre l'œuvre d'Albert Schweitzer, un médecin et professeur d'université qui a abandonné une carrière prometteuse en Europe pour aller soigner des malades de la lèpre et de la malaria à Lambaréné, au Gabon. Munz formule un vœu secret: aller aider Schweitzer en Afrique.**

**M**unz étudie la médecine à Lausanne et devient chirurgien. Puis un «miracle» survient: il trouve sur sa table de travail une offre d'emploi chez Schweitzer. Deux années de collaboration suffisent pour que le médecin de 90 ans le désigne comme son successeur. Lui a 32 ans. Le jeune compagnon continuera l'œuvre du maître pendant près de 58 ans en pratiquant l'éthique du respect de la vie, selon laquelle tout ce qui vit mérite respect, autant l'humain que l'animal et la plante.

### LA MÉDECINE DE CŒUR: UNE TRADITION SÉCULAIRE EN SUISSE

Ce récit tiré de ma récente biographie du médecin humaniste suisse, *Walter Munz – Dans la suite d'Albert Schweitzer à Lambaréné* (Lausanne, Ed. Favre, 2019), rappelle que la fibre philanthropique et humaniste est en quelque sorte dans l'ADN du médecin. Elle détermine sa vocation et oriente sa pratique. D'Auguste Tissot et son livre-manifeste *Avis au peuple sur sa santé*

(1763) aux médecins vaudois contemporains comme le Dr Jean Martin et leurs récits de vie, il y a un continuum cohérent d'engagement dans la pratique d'une «médecine de cœur», ici et ailleurs.

La tradition humanitaire suisse plonge ses racines dans une générosité séculaire dont témoignent encore des pratiques de solidarité, notamment dans des cantons ruraux (Vaud, Appenzell, Berne), avant d'être appliquée à l'international. La création du CICR en 1863, un siècle après *Avis au peuple sur sa santé*, symbolise la promptitude attribuée aux Suisses de soulager la souffrance d'autrui partout où elle se manifeste.

### DE MISSIONNAIRE À HUMANITAIRE

En médecine, cette tradition s'ancre dans les valeurs et principes universels semés dans le serment d'Hippocrate, et qui refléussent dans nos codes éthiques contemporains pour aligner la déontologie professionnelle au devoir d'humanité, d'engagement et de solidarité. Cette tradition d'engagement, on l'a

dite missionnaire lorsqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et dans la première moitié du siècle suivant, quand la section médicale de la mission vaudoise – DM Echanges et Missions – construisait des hôpitaux dans les villages du nord du Transvaal en Afrique du Sud et au Mozambique. On la nomme désormais humanitaire depuis qu'à la suite de l'aide aux enfants d'Algérie en guerre (1959-1962), Terre des hommes est créée à Lausanne en 1960. Au Congo (1960-1965) puis au Biafra (1967-1970), la tradition humanitaire suisse se révèle être la seule capable d'engager, avec les moyens à sa disposition et sous l'égide du CICR et de Terre des hommes, une assistance multiforme aux victimes des deux premières catastrophes humanitaires de l'Afrique subsaharienne indépendante. Depuis lors, la tradition humanitaire suisse s'est étendue du Vietnam et du Cambodge (1979) au Kosovo (1999) en passant par l'Éthiopie (1980) et le Rwanda (1994). Elle s'est aussi adaptée. Des hôpitaux comme le CHUV ou les HUG, en collaboration avec Terre des hommes, reçoivent des pédiatres des pays du Sud en formation continue. Ils organisent aussi des missions de terrain dans lesdits pays, réaffirmant une constante: la fibre philanthropique et humaniste de la médecine suisse. ■



Directives anticipées

# Mécanismes de décision

## à la frontière du discernement

**A l'occasion du symposium annuel du Groupement des médecins travaillant en EMS de la SVM (GMEMS) qui s'est tenu début novembre, le Prof. Olivier Guillod, Directeur de l'Institut de droit de la santé à Neuchâtel, s'est exprimé sur les décisions de soins pour un patient incapable de discernement. Morceaux choisis.**

’ article 16 du Code civil suisse (CC) définit la notion de discernement comme étant «la capacité d'agir raisonnablement». Or chaque individu a sa propre définition de cette faculté. Les tribunaux ont donc précisé cette notion, indiquant qu'il s'agit d'avoir à la fois des capacités cognitives (pour comprendre le monde et savoir comment interagir avec lui) et des compétences en termes de maturité de décision, c'est-à-dire savoir prendre ses décisions sur la base de sa propre appréciation.

### UNE NOTION JURIDIQUEMENT BINAIRE

La loi définit cinq causes susceptibles d'altérer la capacité de discernement d'une personne. Il s'agit du jeune âge, des troubles psychiques, des déficiences mentales, de l'ivresse et des autres causes semblables à l'ivresse (soit des produits nuisant au bon fonctionnement physiologique). Notons que, selon la loi, une personne qui a subi un choc émotionnel reste juridiquement capable de discernement, malgré l'influence que cela peut générer sur ses actes. Contrairement à une perception médicale plus graduelle, le discer-

nement est ici appréhendé comme une notion binaire: on est capable de discernement ou on ne l'est pas, à un temps donné.

Quand un médecin a face à lui un patient capable de discernement, la règle est simple: c'est ce dernier qui décide. En revanche, quand le patient est incapable de discernement, il ne peut pas décider valablement. La loi a donc instauré d'autres mécanismes en cascade, que voici résumés.

### Les directives anticipées (DA)

Les articles 370ss CC prévoient que lorsque le patient s'était exprimé lui-même à l'avance, les médecins doivent respecter ce choix. De nombreuses formes sont admises dès l'instant où elles sont datées et signées par leur auteur. Les directives anticipées sont révocables en tout temps, tant et aussi longtemps que la personne a la capacité de discernement.

Le droit suisse prescrit une obligation pour les médecins de s'informer sur l'existence d'éventuelles DA, puis une obligation de les respecter, sauf si le patient demande à ce qu'on mette fin à ses jours: à ce moment-là, cela deviendrait un acte illégal, car l'assistance au suicide suppose la capacité de discernement au moment où l'acte est exécuté.

### Les représentants

Si le patient n'a pas rédigé de directives anticipées, il faut trouver un substitut (article 378 CC). En premier lieu, c'est la personne qui a été désignée dans les directives anticipées. S'il n'y en a pas eu, on se tourne, dans l'ordre, vers un cura-

teur nommé, puis les proches, là aussi selon une hiérarchie bien définie (conjoint, partenaire enregistré, descendants, pères et mères, frères et sœurs).

### L'autorité de protection de l'adulte

Dans l'hypothèse où il n'y a plus de famille, les soignants doivent s'adresser à l'autorité de protection de l'adulte, qui va désigner un curateur (article 381 CC).

En conclusion, la Suisse a mis un accent important sur l'autonomie individuelle par rapport au pouvoir de décision, qui était autrefois très fort au sein de la sphère médicale. Aujourd'hui, les directives anticipées peuvent être une aide précieuse à la décision médicale concernant les patients sans capacité de discernement. En outre, il ne faut pas négliger la dimension psychologiquement délicate des DA, aussi bien pour l'auteur que pour le représentant thérapeutique.

Pour ces raisons, il serait opportun d'introduire des procédures systématiques d'information aux patients à ce sujet lors de leur entrée en hôpital ou en EMS, ou à des moments choisis dans leur parcours de soins, afin d'anticiper au mieux les situations difficiles. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR  
ANAÏS ROSSI, JURISTE DE LA SVM



Rencontre avec une patiente transplantée

## Une leçon de courage et de volonté

**Atteinte de mucoviscidose, Lise Henry a participé cet été aux Jeux mondiaux des transplantés qui se sont tenus à Newcastle Gateshead, en Angleterre. Une expérience inoubliable pour la coureuse au bénéfice d'une greffe pulmonaire, qui a remporté la médaille de bronze par équipes sur le 5000 mètres.**

’idée de participer aux Jeux mondiaux d’été des transplantés, Lise Henry la doit à son ami. «Lorsque mon copain m’a parlé de ces Jeux, je me suis dit que ce serait un beau défi et j’ai décidé de me lancer dans l’aventure», confie la jeune athlète. Sur le plan médical, la sportive a dû passer des examens pour être sûre de ne pas prendre de risques. «Dans mon cas, la pratique sportive n’est pas contre-indiquée. Au contraire, me dépenser me fait du bien et me permet de penser à autre chose.»

Au départ, la Vaudoise de 31 ans imaginait prendre part aux épreuves de cyclisme mais, au vu du niveau très élevé dans cette discipline, elle s’est finalement tournée vers la course à pied. Plus précisément vers le 1500 m, le 5000 m et le relais 4x400 m, trois épreuves auxquelles elle s’est préparée avec assiduité. «Depuis ma première greffe en 2006, je pratique régulièrement une activité physique, mais je ne m’étais jamais entraînée aussi intensivement. J’ai commencé ma préparation une année avant les Jeux. Qu’il vente ou qu’il pleuve, j’allais courir trois fois par semaine! C’était parfois difficile de garder la motivation, mais j’avais un objectif en tête et j’ai pu compter sur le soutien de mes proches et de mes médecins dans cette démarche.»

**UNE MÉDAILLE ET DE BEAUX SOUVENIRS À LA CLÉ**  
Pari réussi pour la jeune femme, qui est montée, avec ses deux coéquipières, sur la troisième marche du podium. «Le plus beau souvenir de ces Jeux, c’est la remise de la médaille que nous avons obtenue sur le 5000 m. Au moment de redescendre du podium, j’ai

réalisé qu’on avait réussi. C’était un moment de grand bonheur et de fierté.»

Au-delà du défi sportif, cette compétition a permis de riches échanges avec les 17 autres membres de la délégation suisse. «Il y avait un bel esprit d’équipe. Nous nous sommes encouragés mutuellement lors des compétitions et avons partagé des repas et soirées ensemble. Mon ami et moi avons également profité de notre séjour pour visiter la région.»

Concernant son éventuelle participation aux prochains Jeux en 2021, la jeune femme se montre prudente. «Avec ma maladie, il est difficile de prévoir. Et puis la prochaine édition aura lieu au Texas, donc le budget risque d’être très conséquent.» Ce qui est déjà certain par contre, c’est que ni l’envie ni la détermination ne manquent à cette véritable battante. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR  
ADELINE DEMAUREX, FTC COMMUNICATION

### APPRENDRE À VIVRE AVEC LA MALADIE

«La maladie s’est déclarée très tôt, alors que j’étais âgée d’à peine 6 mois. Jusqu’à mes 12 ans, je devais aller chez le physiothérapeute régulièrement. Mis à part cela, la mucoviscidose n’avait pas un grand impact sur mon parcours scolaire. Ensuite, ça s’est compliqué. J’étais de plus en plus malade et les cures d’antibiotiques s’avéraient nécessaires beaucoup plus fréquemment. J’ai eu une première greffe des poumons en octobre 2006, après dix mois d’attente. Ensuite, sans qu’on sache vraiment pourquoi puisque je n’ai pas fait de rejet, le greffon a dysfonctionné. J’étais au plus mal.

J’ai longuement réfléchi et j’ai finalement décidé de m’inscrire sur la liste d’attente de greffe. Cette fois-ci, c’est à moi que revenait la décision, car j’étais majeure. J’ai attendu quatorze mois avant de bénéficier de cette seconde greffe pulmonaire en juillet 2014.»

Communiqué de presse

# Médecins prescripteurs: mettez-vous en conformité d'ici à mars 2020

**La Société Vaudoise de Médecine (SVM) et le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) ont convenu, début novembre, d'un accord visant à encadrer les pratiques économiques admises entre les médecins prescripteurs d'analyses médicales et les laboratoires qui les effectuent.**

Une prise de position commune a été diffusée à tous les médecins et laboratoires concernés, avec invitation à vérifier leurs pratiques actuelles et, le cas échéant, à **se mettre en conformité d'ici au début du mois de mars 2020**. Des contrôles pourront être effectués par la Direction générale de la santé (DGS) à partir d'avril 2020.



© JEAN-BERNARD-SIEBER - ANS

## PRÉCISION DU CADRE LÉGAL ET DÉONTOLOGIQUE

A titre d'exemple, un défraiement pour la collecte d'échantillons dans les établissements médicaux et les cabinets de groupe est autorisé, mais ne doit pas dépasser le coût du travail administratif nécessaire. Un laboratoire peut mettre à la disposition d'un médecin des appareils ou des logiciels nécessaires à ses tâches de préanalyse, mais sous la forme d'un prêt. En revanche, d'autres avantages financiers ou matériels qui pourraient être accordés aux médecins par les laboratoires sont

contraires au droit et au code de déontologie de la FMH. Notamment, les analyses fournies gratuitement par les laboratoires sont interdites, tout comme les rabais en fonction du volume d'analyses. Par cette démarche, la SVM souhaite protéger ses membres des conséquences de pratiques non admises commises par inadvertance. Le DSAS entend quant à lui s'assurer que les analyses sont utilisées dans l'intérêt du patient, ainsi que de manière rationnelle et transparente du point de vue des coûts générés. ■



## A lire!

Découvrez l'édition spéciale de Politique+ Patient sur le système de santé suisse et ses coûts, réalisée exceptionnellement par les trois organisations factières des sociétés cantonales de médecine (SMSR, VEDAG et OMCT).

## Elections fédérales

La Société Vaudoise de Médecine tient à exprimer ses sincères félicitations à la Dre Brigitte Crottaz, médecin généraliste membre de notre société, pour sa réélection au Conseil national. Nous lui souhaitons beaucoup de succès pour ce nouveau mandat parlementaire. ■

Pour en savoir plus, rendez-vous sur [www.svmed.ch/politique-patient-4](http://www.svmed.ch/politique-patient-4)



# LES JEUDIS DE LA VAUDOISE

Sous réserve de modifications – Programme et inscription en ligne sur [svmed.ch](http://svmed.ch)

## INSCRIPTION

En ligne : [www.svmed.ch/formation-pratique/](http://www.svmed.ch/formation-pratique/)

formation-continue-svm

ou à faxer au **021 651 05 00**

ou à faxer au **021 651 05 00**

ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Prénom

.....

Nom

.....

Rue

.....

NPA

.....

Localité

.....

Tél.

.....

E-mail

.....

Date

.....

Signature

.....

Cachet du cabinet

.....

La signature de ce bulletin vous engage à acquitter la facture qui suivra, même en cas de non-participation au(x) cours sans excuse préalable.

### CONTACT

Société Vaudoise de Médecine  
Chemin de Mornex 38  
Case postale 7443  
1002 Lausanne  
Tél. 021 651 05 05  
[formationcontinue@svmed.ch](mailto:formationcontinue@svmed.ch)

## Programme 2019-2020

- 16 janvier 2020 Soins palliatifs et médecine générale**
- 13 février 2020 Médecine du trafic**
- 12 mars 2020 Gestion de la douleur**
- 14 mai 2020 Neurologie**
- 18 juin 2020 Médecine du sport et de l'exercice**

### Horaires :

De 8h30 (accueil) à 12h15 à l'auditoire César-Roux, puis en salles de séminaire au CHUV à Lausanne.

### Tarifs :

- Un jeudi par mois :** membres SVM: CHF 65.–
- non-membres SVM: CHF 75.–

### Carte de parking du CHUV :

- une carte à CHF 15.– (valeur: CHF 20.–)
- une carte à CHF 37,50 (valeur: CHF 50.–)

### Commission pour la formation continue de la SVM :

Dres I. Marguerat Bouché, A.-F. Mayor Pleines, S. Paul et F. Pilloud, Pr O. Lamy, Drs A. Birchmeier, A. Morel, Ph. Staeger, J. Vaucher et J.-L. Vonnez.

### Accréditation :

3 points par cours. Formation certifiée SSMIG.



### TÉLÉCHARGEMENT DES CONFÉRENCES

Les membres SVM peuvent visionner en tout temps les conférences sur [svmed.ch](http://svmed.ch) (formation continue), quatre jours après le déroulement d'un JVD.

Cette organisation est rendue possible grâce à nos partenaires

# Médecine et santé globale



**JACQUES BESSON**  
PROFESSEUR  
HONORAIRE  
FBM/UNIL

## QUEL EST LE BUT DE L'EXISTENCE?

Pour les bouddhistes, il s'agit d'apporter du bonheur aux humains et de contribuer à diminuer leur souffrance. Mais qu'est-ce que le bonheur? Une chose est sûre, on ne peut pas être heureux seul! C'est pourquoi toutes les grandes spiritualités cultivent le sens, mais aussi le lien, comme un rapport sacré entre vérité et charité, ou entre sagesse et compassion.

## CHEZ LES ANIMAUX

Un vétérinaire génial, Jaak Panksepp, auteur de plusieurs best-sellers, notamment *The Affective Mind* et plus récemment *The Archeology of Mind*, a montré que l'évolution de l'esprit dans le phylum suit un chemin précis depuis les dinosaures jusqu'à aujourd'hui. Chez les reptiles, tout commence par «search», puis «fear», puis «lust» et «rage»; mais chez les mammifères apparaît le «care», puis le «grief» et enfin le «play», où nous sommes censés être arrivés en tant qu'humains... Il s'agit aussi du développement des neurones miroirs, qui nous permettent d'accéder à la sympathie (face à l'autre), puis à l'empathie (à la place de l'autre) et enfin à la compassion (un mouvement pour aider l'autre).

## ALTRUISME ET ÉGOÏSME

Les neurosciences cliniques ont montré les zones et les circuits impliqués dans l'altruisme. Des expériences en jeux vidéo permettent d'évaluer l'attitude de chacun face à une situation de danger collectif, par exemple dans un incendie, pour voir l'attitude altruiste ou égoïste en situation de crise: le résultat est assez moyen, beaucoup de participants préférant sauver leur peau, mais une honnête proportion s'arrête pour sauver autrui.

## PSYCHOLOGIE ÉVOLUTIONNISTE

La question de l'altruisme est d'ailleurs un des sujets de la neurothéologie, une science émergente interdisciplinaire. En effet, l'altruisme donne un avantage évolutionnaire aux sociétés animales qui pratiquent l'entraide. Mais, d'un autre côté, tout se passe comme si les sociétés de vivants s'élevaient vers un attracteur de réciprocité et de lien entre les individus, comme s'il devait y avoir une communauté humaine, réunie dans la compassion. La causalité de ces mécanismes reste bien sûr de l'ordre de l'indécidable.

## ÉMERGENCE

Dans l'Univers, un phénomène étrange est actif: l'émergence, qui caractérise l'augmentation de la complexité, par combinaison des éléments plus simples.

Les atomes produisent des molécules, puis celles-ci des cellules, puis des tissus, puis des organes, puis un cerveau et finalement de la conscience. La conscience n'émerge-t-elle pas dans la compassion?

## ET LES MÉDECINS DANS TOUT ÇA?

La médecine n'est-elle pas à l'avant-poste de la nouvelle humanité, où les humains auraient tous les mêmes droits à la santé, un droit universel et inaliénable? La médecine, communautaire ici, humanitaire ailleurs et planétaire partout dans le monde, ne serait-elle pas responsable d'un nouveau paradigme d'une humanité réconciliée, où vérité et charité seraient réunies avec sagesse et compassion?

Citons enfin Albert Schweitzer: «Le bonheur est la seule chose qui augmente lorsqu'on la partage.» ■

Docteure Dominique Gyger

## Des zones de guerre aux champs de fleurs

**Spécialiste de la chirurgie de guerre, Dominique Gyger enseigne la gestion de crise parallèlement à son poste de cheffe de service à l'Hôpital du Pays-d'Enhaut. Une activité qu'elle se réjouit de poursuivre une fois à la retraite.**

Dans quelques semaines, Dominique Gyger prendra sa retraite après avoir occupé pendant plus de dix ans le poste de médecin-chef du Service de chirurgie de l'Hôpital du Pays-d'Enhaut. Une retraite dont elle compte bien profiter, notamment en s'adonnant à ses deux passions: la randonnée en été et le télémark en hiver. Si elle apprécie autant la qualité de vie que lui offre la région, c'est certainement qu'elle en connaît la valeur, après avoir sillonné les zones de guerre pendant plus de dix ans en tant que chirurgienne.

En commençant ses études de médecine, Dominique Gyger avait déjà cette idée fixe: faire de l'humanitaire. «Je suis fille de libraire et j'ai baigné dans les bouquins, notamment le fameux *Il est minuit, docteur Schweitzer*», explique-t-elle. Pour se former en chirurgie, plus précisément en chirurgie générale et pédiatrique, elle choisit alors les hôpitaux qui vont lui permettre de se rapprocher de son but.

### DE KABOUL À LAMBARÉNÉ

A 34 ans, une fois sa thèse défendue et sa formation achevée, elle rejoint le CICR. Elle s'envole d'abord pour Asmara, en Erythrée, puis direction Kaboul, en Afghanistan. Un lieu qu'elle a particulièrement aimé et qui l'a marquée à vie. Elle garde d'ailleurs le souvenir d'un événement très précis: «Un soir, vers 18 heures, une roquette a atterri sur un arrêt de bus bondé. En dix minutes, nous avons reçu 90 patients.» Dans ce cas de figure, il s'agit de parer au plus urgent: «Les opérations se font souvent en deux temps. Une équipe s'occupe de l'urgence absolue, puis une autre équipe poursuit le travail, souvent seulement le lendemain.» Ce sera ensuite le Cambodge, la Somalie, Djibouti, le Rwanda et le Burundi, pour finir par le Gabon, à Lambaréné, dans le fameux hôpital du docteur Schweitzer. Son rêve absolu!

Quand elle revient en Suisse à l'âge de 45 ans, la chirurgie «moderne»

lui paraît exotique. «J'ai été engagée à Zurich, dans le service du Prof. Buchmann, un ponte de la laparoscopie. On avait passé un accord: il m'apprenait la laparoscopie et, moi, j'apprenais à ses chefs de clinique à opérer de façon classique, parce qu'ils ne savaient plus!» La robotisation des actes chirurgicaux est une des choses

« La chirurgie de guerre m'a appris qu'il est important de rester simple. »

qui l'inquiètent actuellement. «La chirurgie de guerre m'a appris qu'il est important de rester simple.»

### UNE CHIRURGIENNE À L'ANCIENNE

En 2006, elle est nommée à Château-d'Œx. Une chirurgie bien loin des zones de guerre mais qui plaît à la Vaudoise, qui se décrit volontiers comme une chirurgienne à l'ancienne. «J'aime discuter avec les patients, les connaître, les suivre après une opération. Je ne veux pas juste être une manœuvrante.» Si elle aime toujours autant opérer, elle déteste l'administration, qui occupe une place

### Clin d'œil

Dominique Gyger vient de planter des ceps de vigne dans son jardin. Les grappes se retrouveront dans une cuvée cultivée à 1100 mètres d'altitude, appelée *Discorde*.





de plus en plus importante dans le quotidien des médecins. Depuis plusieurs années, elle enseigne également en Suisse et à l'étranger. Son dernier cours traitait de la réponse médicale aux

incidents majeurs comme le terrorisme, l'explosion d'une centrale nucléaire ou encore un tsunami. Est-ce que l'adrénaline du terrain lui manque? «Non!» lance-t-elle du tac au tac. «Aujourd'hui, je suis

très bien du côté de l'enseignement. Se spasmer les coronaires tous les jours, ce n'est pas très bon à mon âge.» ■

MÉLANIE BLANC



**INSTITUT DE RADIOLOGIE  
DE CHAVANNES**

Votre imagerie médicale de proximité

## Nouveau Centre 3R

L'Institut de Radiologie de Chavannes (IRC) a ouvert ses portes en novembre 2019. Il offre aux patients de l'ouest lausannois toute l'expertise de 3R grâce à un accès rapide aux compétences diagnostiques des 24 radiologues et de la cardiologue de son réseau.



**3R**  
RÉSEAU  
RADIOLOGIQUE  
ROMAND

- SION
- MARTIGNY
- MONTHÉY
- FRIBOURG
- MONTREUX
- VEVEY
- EPALINGES
- LAUSANNE
- **CHAVANNES**
- MORGES
- ONEX-GENÈVE

IRC - Institut de Radiologie  
de Chavannes  
Avenue de Préfaully 15C  
CH - 1020 Renens

Tél. 021 545 80 00  
Fax 021 545 80 01  
secretariat@irc-chavannes.ch  
[groupe3r.ch/irc](http://groupe3r.ch/irc)



Unique Clinique privée  
de soins aigus DU CANTON DE VAUD  
PROPRIÉTÉ D'UNE  
Fondation à but non lucratif



« PLUS DE 100'000 PATIENTS  
NOUS FONT CONFIANCE  
CHAQUE ANNÉE »

- 7 salles d'opération à la pointe de la technologie
- Plus de 520 médecins accrédités indépendants
- Plus de 585 collaborateurs à votre service

www.etcdesign.ch - Photos: Th. Zufferey

Clinique de  
**La Source**  
Lausanne

La qualité au service de votre santé  
[www.lasource.ch](http://www.lasource.ch)

THE SWISS  
LEADING  
HOSPITALS  
2019-2020

ESPRIX  
2019-2020

EFQM  
Recognised for excellence